

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**El tratamiento moderno del aborto : tesis de doctorado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Ángel, Pulido Martín**

**Madrid, 2015**

*Tesis del Doctorado*

*de*

*D. Angel Pulido Martín*

*"El tratamiento moderno*

*del*

*Aborto."*

Excmos. Señores:



Solo el cumplimiento de un precepto reglamentario disculpa la presentación de este trabajo.

Quiero ante todo, dar público testimonio de la gratitud que debo a mis maestros por sabias enseñanzas.

El cargo de alumno interno del Hospital Clínico de San Carlos y la asistencia a reputados ginecólogos cuales son los de los ~~Señores~~ Doctores Castillo Piñeyro y Fernandez Chacón, donde he visto cuan frecuentes son los trastornos,

2

Las alteraciones locales y generales de larga y difícil curación que tienen su origen en el aborto, muchas veces por defectos en su asistencia, me han inducido a elegir para tema de mi tesis de doctorado, "El tratamiento moderno del aborto," dejando a un lado las causas y el mecanismo de su producción porque su conocimiento es menos apremiante para el médico.

El aborto es la expulsión del producto de la concepción antes de la época en que el feto puede vivir.

En la práctica han podido criarse niños nacidos

3

a' los seis meses de gestación y como desde los cinco meses la salida del feto se realice de ordinario como en el parto a término, habida cuenta naturalmente de las modificaciones que el menor del producto de la concepción lleva consigo, limitaré mi estudio al tratamiento del aborto en los cuatro primeros meses del embarazo.

### Tratamiento del aborto.

División del presente trabajo en tres partes:

- 1.<sup>a</sup> Tratamiento del aborto inminente.
- 2.<sup>a</sup> Tratamiento del aborto durante la expulsión.
- 3.<sup>a</sup> Tratamiento de la retención de los anejos del

feto y de las complicaciones que puede originar esta retención.

### Primera parte.

#### Tratamiento del aborto inminente.

Antes de entrar de lleno en el desarrollo de este tema he de manifestar las dificultades con que puede encontrarse el médico para diagnosticar un embarazo y por consiguiente un aborto en el transcurso de aquel. Por esto preciso es que tenga siempre presente en su memoria antes de hacer un reconocimiento de la matriz, la frecuencia de ambos que pasan muchas veces inadvertidos

§  
para la misma enferma. Algunas hemorragias copiosas que acusan las mujeres en sus periodos menstruales no son otra cosa que abortos ocurridos en el primer mes de una gestación. En otros casos, despues de una menstruación con poca ó ninguna sangre, en la siguiente se presenta esta en cantidad algo mayor que de ordinario pero sin alarmar á la mujer que cree natural esta metrorragia abundante en un periodo como compensación á la pequeña metrorragia ó á la amenorrea del periodo anterior. Consecuente con esta creencia tiempo fijo su atención en el elemento dolor,

siempre variable, poniéndole al servicio del elemento hemorragia - A más sangre, más dolor para expulsarla - se dice, y queda tranquila; y solo cuando después de alguno de estos trastornos se siente enferma acude al médico ante quien refiere mil historias fantásticas sin parar mientes en el hecho de la hemorragia copiosa, ó del dolor menstrual, considerándolos acaso como el primer síntoma de su padecimiento cuando en realidad son la expresión de su única causa.

Pasados los dos primeros meses de embarazo es más difícil que la mujer ignore su estado. La falta de algunas menstruaciones, ó los distintos



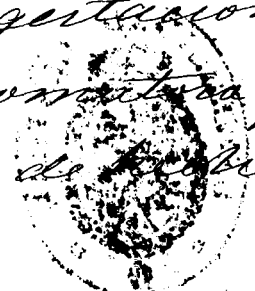
caracteres de estas comparadas con las habituales en la mujer. los trastornos nerviosos, las sensaciones anormales en los pechos, pinchazos en los brazos... trastornos digestivos como nauseas, vómitos... y mas adelante el aumento del vientre y cuantos fenómenos tienen su ariente en el utero, no suelen dejar ninguna duda á la mujer que hace vida sexual de que está en cinta. Pero todos estos síntomas no son constantes, y la presencia de algunos como las hemorragias menstruales y la falta de otros cuales son los trastornos digestivos en algunas multiparas y en muchas primíparas

8

siembran dudas en su animo y acuden al médico. Este si el embarazo no ha llegado al quinto mes en que hay signos ciertos, encuentra al palpar el abdomen un útero aumentado de volumen, que puede llegar hasta un punto equidistante del ombligo y de la sínfisis pubiana, formando una masa redondeada en el hipogástrico. Si la matriz ha sido explorada anteriormente, las transformaciones ocurridas en ella pueden servir de mucho para dar un diagnóstico exacto. Los especialistas que curan durante mucho tiempo estados patológicos de aquel órgano y siguen con interés sus variaciones, están en condiciones

adecuadas para apreciar, en matrices conocidas, algunos signos que pasarían inadvertidos para un dedo educado pero que no hubiere explorado jamás aquel útero. El signo de Dickinson es uno de estos, se presenta desde el segundo mes y consiste en una serie de elevaciones y depresiones limitadas lateralmente por dos surcos, - corresponde a la inserción de la placenta. Para apreciar este signo hace falta que la placenta tenga su inserción no muy alta, que se pueda llegar hasta ella con facilidad a través de las paredes de la matriz y de los fondos de saco, y que el útero tenga condiciones especiales de espesor y dureza en sus paredes

pues sino, no es observado el signo aunque se tenga la seguridad de haber llegado á la inserción de la placenta. El D.<sup>r</sup> Cospedál en una embarazada de cuatro meses á quien tuvo que hacer una laparotomía, no pudo apreciar este signo á pesar de haberlo buscado en circunstancias especialísimas. Por lo tanto vemos que no puede darse en muchos casos una contestación categórica á la pregunta de la mujer, y queda la duda de si se trata de un útero en gestación ó de un útero con degeneración fibromatosa que es con lo que puede confundirse y de hecho se confunde más á menudo.



11

Después los signos ciertos del embarazo no dejan lugar á duda, pero antes de que estos se presenten el médico al buscar sus diagnósticos debe ir constantemente de lo simple á lo complejo, suponer los casos fisiológicos (y fisiológico es el embarazo) antes que las derivaciones patológicas. El momentáneo olvido de esta regla ha abreviado inconscientemente muchas gestaciones, ¡cuantos sondeos intra-uterinos, han provocado el aborto!

A los abortos pueden acompañarse el dolor y la hemorragia, ante cualquiera de estos dos síntomas que pongan de manifiesto la provi-

12

midad de un aborto, el médico tiene la obligación de evitarlo.

Como el aborto es debido a' contracciones enérgicas de la matriz, que repulsan el producto de la concepción, contracciones que obedecen a' diferentes causas, cuyo conocimiento corresponde a' la higiene del embarazo, uno de cuyos efectos es impedir el aborto, hay que suprimir ante todo esas contracciones y para ello se valen los medios del reposo más absoluto y de moderadores reflejos como el opio o' su derivado la morfina, y del viburnum prunifolium, que disminuyendo la congestión uterina evita las con-

tracciones que la sangre puede provocar.

19

El reposo en la cama o en un sillón, debe durar todo el tiempo que dure la amenaza del aborto y a veces basta para impedirlo, como ejm. pto citaré las dos observaciones siguientes:

### Observación 1.<sup>a</sup> (Inédita)

Del Dr. Gomez de Figueroa

Se trataba de una Señora que tuvo desde el segundo mes de su primera gestación hemorragias profusas que indicaban la proximidad de un aborto. Se le prescribió como único tratamiento el reposo, y entre la cama y una butaca permaneció en siete últimos meses de su embarazo. Cuando por cual-

14  
quier causa se veia obligada á interrumpir su  
quietud se presentaba profusa la hemorragia  
que contenia de nuevo el reposo. Esta situación  
puso en cuidado á los médicos alguno de los cuales  
llegó á aconsejar la provocación del aborto, á  
lo que se negó el Dr. Jomer de Figueroa, y gracias  
á su oposición dió á luz la Sra. con toda felici-  
dad un niño de término.

### Observación 2.<sup>a</sup> (Inédita)

Del Dr. Cortezarena.

Sra. de S. .... multipara, durante el embarazo  
y en el principio del tercer mes tuvo hemorragias  
repetidas, que obligaron al Dr. Cortezarena á



prescribiéndole el reposo en cama durante 28 días.<sup>15</sup>  
El embarazo siguió hasta dar a luz un niño  
de término.

Casos análogos aunque no tan notables guar-  
da cada médico en su memoria.

El laudano en enemas siempre y modernamente  
también la morfina en inyecciones subcutáneas  
son empleados para calmar las contracciones  
uterinas. Se desocupa el recto por medio de  
una lavativa de agua templada, después  
se pone un enema con 20 ó 28 gotas de laudano  
de Sydenham en una ó dos cucharadas grandes  
de agua templada, que la enferma debe retener.

Cada seis horas se repite el enema. La cantidad total de laudano no debe pasar de 100 gotas al cabo del día. Para su administración se usa una pequeña lavativa de goma ó una jeringa de cristal.

### Observación 3.<sup>a</sup> (Inédita)

Del Dr. Isla

M..... de 24 años, soltera, embarazada de tres meses, padece blenorragia. Se presentan hemorragias y dolores. Ingresa en la clínica del Dr. Isla (donde tuvo ocasión de verla) este diagnóstico se pone como tratamiento reposo en la cama, y laudano en enemas, se suspende el aborto hasta el día

19  
en que escribo esta nota, más de dos meses de la  
primera observación.

Alguien ha recomendado como sucedáneo  
del opio el cloral en los enemas, pero efecto de  
las investigaciones realizadas por el Dr. Gla  
en la Maternidad de esta Corte, ha llegado al  
conocimiento de que el cloral regulariza las con-  
tracciones uterinas haciéndolas más energías.  
De sus trabajos todavía no publicados hemos  
de deducir la inconveniencia del empleo del  
hidrato del cloral en los casos de aborto inminente.

Leuando la amenaza del aborto inminente  
y hay que actuar con rapidez no

de la morfina en inyecciones subcutaneas. 18

También aconsejan los autores emplear como auxiliar *viturnum prunifolium*, en extracto fluido. Este medicamento descongestiona el útero, porque provoca la contracción de sus vasos pero no la de las fibras lisas de la matriz. Verdaderamente es difícil explicar semejante hecho: las fibras musculares del útero y las de los vasos, son de la misma naturaleza, tienen análoga innervación y parece caprichosa la elección de *viturnum* al fijar su acción en unos elementos contractiles con independencia de otros, pero no en su

acción inexplorable hoy día, hemos de abandonar su uso, ya que en la práctica, según la opinión de ginecólogos tan distinguidos como Castillo de Piñeyro, Corpedal y Gutierrez es eficaz.

### Observación 14ª (Inédita)

Del Dr. Corpedalomé

Sra. de C..... tuvo dos hemorragias grandes, una a los dos meses y otra a los cuatro meses de sentirse embarazada, la mandé quietud, irrigaciones con agua templada, lavados en enemas y viburnum prunifolium, a altas dosis. El embarazo siguió su curso sin necesidad.

Examinaremos el útero lo menos posible para no provocar sus contracciones, y por lo mismo tampoco haremos muchas irrigaciones vaginales, solamente las emplearemos como medio de limpieza, el agua que debe tener poca presión en la camula, - 50 centímetros de diferencia entre el plano del irrigador y la cama donde la enferma se encuentre bastan para nuestras necesidades - la temperatura del líquido debe ser la misma de la paciente. Las irrigaciones muy calientes, a  $45^{\circ}$  o  $50^{\circ}$  contraen el útero y pueden provocar por sí solas el aborto.

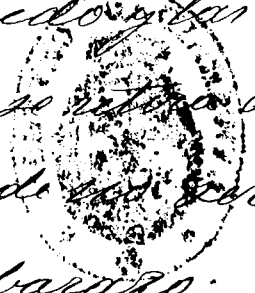
Cuando las hemorragias que suelen preceder al aborto se hacen de tal manera profusas que reclaman una intervención activa del médico para salvar la vida de la madre seriamente comprometida, únicamente entonces será cuando acudiremos al taponamiento. El Dr. Armand Dideroy del Hospital de San Antonio, de París, ha aconsejado recientemente el empleo de los tapones gelatinizados porque estos como más suaves excitan menos las contracciones uterinas que los tapones sencillos de sustancias untuosas que rozan

el hocies de tenca contra el cual estan aplicados. El taponamiento vaginal medio, hervico para cubrir las hemorragias que pueden presentarse en estos casos debe hacerse con una larga cinta de gasa yodoformada o esterilizada simplemente. Colocada la mujer, de traves en la cama y en posicion obliqua, lo que es preferible para la mayor comodidad del medico, o simplemente acostada, tal y como ella se encuentra para no activar con movimientos la hemorragia, baste ~~esto~~ elevar un poco la parte inferior del tronco por medio de una almohada y mantener separados sus



muslos por dos ayudantes. Se la extrae la orina de la vejiga con una sonda, sacamos de la vagina los coágulos que la ocupan, y se hace una irrigación que termine la limpieza. Entonces se introducen dos dedos hasta el fondo del saco posterior y a lo largo de estos dos dedos que sirven de guías se conduce la tira de gasa sujeta por una larga pinza de curas uterinas. Todo el secreto para hacer un taponamiento completo y útil, dice Demelin, es introducir en la vagina gran gran cantidad de gasa y para obtener este resultado hay que emplear mucha vaselina

que facilite el deslizamiento. Otro procedi-  
miento para hacer un buen taponamiento con-  
siste en llevar dentro de un especulum de Far-  
gusson muchas de gasa que se aplican contra el  
hocico de tenca hasta llenar el tercio superior  
de la vagina, los dos tercios inferiores se rellenan  
con algodón no hidrófilo que no se deja  
empapar por la sangre y ejerce una presión  
suave y constante. Cuando la cavidad vaginal  
se encuentre totalmente ocupada se mantiene  
el taponamiento aplicando a la entrada de  
la vulva muchas planchuelas de algodón y de  
compresas de gasa, sujetándolas por medio de

un vendaje. Cuanto toque á la enferma  
estar cuidadosamente esterilizado. Si el taponamiento está bien hecho, los dolores continúan  
y aun se exasperan durante algun tiempo,  
pero luego se calman, se deja el aparato un  
tiempo variable de 6 á 24 horas, en las cuales  
hay que sondear á la mujer y si la hemorragia  
continúa es substituido el taponamiento por  
otro nuevo y si ha desaparecido y las contrac-  
ciones uterinas se han calmado se retira definitiva-  
mente. Este taponamiento puede usarse  
para la continuación del embarazo; 

ejemplo es la siguiente observación de mi maestro el Dr. Bartillo de Piñeyro.

Observación 5.<sup>a</sup> (Inédita)

Del Dr. Bartillo de Piñeyro.

Señalaba que en el tercer mes de gestación se vió inopinadamente acometida de dolores y grandes hemorragias que le produjeron lipotimias, la sangre salía líquida y con ella se veían en cuando algunos coágulos que por asistenter a la enferma arrojaron. Después llegó el Dr. Bartillo quien dió una irrigación vaginal.

prescribió un enema con 10 gotas de laudano  
que fué repetido algunas horas después, y  
sospechando se habría verificado el aborto,  
completa o incompletamente, pues la ines-  
periencia de la familia no había dejado  
ningun comprobante, se limitó a hacer un  
taponamiento vaginal renunciando al em-  
pleo de la ergotina por no tener seguridad  
de que el aborto sospechado hubiere sido com-  
pleto. A las 24 horas quitó el taponamiento,  
la hemorragia se había estibido, según la en-  
ferma en reposo durante 8 días y ..... 6

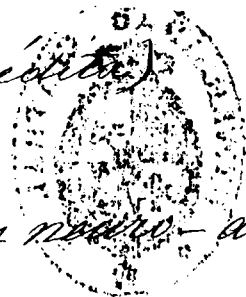
después daba a' luz un niño vivo de término.

Al síntoma dolor como subjetivo hay que dar menor importancia que a' la hemorragia: muy raras veces se presenta aquel aislado, sin embargo, en algunos casos en que ocurre así, en las mujeres neuro- artríticas con congestiones uterinas de esta índole el dolor es el principal y a' veces el único síntoma que acusa un principio de aborto. El dolor es la traducción a' la sensibilidad a' la mujer de las contracciones que la matriz ejecuta sobre un cuerpo existente. En las neuro- artríticas son frecuentes las hemorragias por congestiones uterinas, la sangre obra como

un cuerpo extraño e' inicia el desprendimiento de las membranas que rodean al feto, pero el útero hiperestérico en casos tales reacciona como todo musculo contrayendose y esta contracción es extraordinariamente dolorosa. Esto explica porque algunas veces al dolor no acompaña la hemorragia, el orificio interior del cuello se halla tan contraído que no deja pasar gota de sangre. La siguiente nota clínica confirma lo dicho.

Observación 6.<sup>a</sup> (Inédita)  
Del Dr. Gutiérrez.

Sra. de S. .... polisarcica y neuro-arterítica



que ha tenido varios abortos y metritis glandular curada por el observador, queda embarazada. El diagnóstico se hace en el segundo mes por la supresión de las reglas, el color de la vagina y las ~~colutaciones~~ de Dickinson. Quince días después de diagnosticado el embarazo se presentan dolores vivísimos, sinaps, gran depresión de pulso, pero nada que indique hemorragia externa ni interna. Todos estos alarmantes síntomas de veracidad se  
 gia producida por un principio de aborto obligan al Dr. Gutiérrez a disponer ~~de~~ quietud



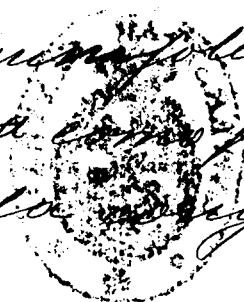
31

absoluta, enemas laudanizados y administración al interior de tintura alcohólica quinto de viburnum prunifolium 20 gotas cada seis horas. En el siguiente día expulsó la enferma un huevo completo.

La expulsión del huevo sin ir precedida de hemorragia queda explicada por lo dicho anteriormente. La primera sangre obró como un excitante de la contractilidad del útero y esta fue tan enérgica que impidió la salida de aquella por efecto de la misma contracción, perdiendo el huevo

las relaciones fisiológicas que tenía con la  
 superficie interior de la matriz y quedó  
 como un cuerpo extraño que no fue ex-  
 pulsado hasta que pasó al estado tetánico  
 del músculo por efecto de los sedantes empla-  
 dos. Lo mismo suele ocurrir adminis-  
 trando el corneumulo de centeno, el estado  
 tetánico es entonces mantenido por el medi-  
 camento y solo cuando el desprendimiento  
 del huevo ha sido completo ~~de repente~~, al cesar  
 la acción del corneumulo, es decir ~~general~~ por  
 que no activa el corneumulo, el caso relatado

en la observación anterior y otros análogos que ha tenido en la práctica tan distinguido especialista le han conducido a considerar los padecimientos neuro-artri-  
ticos del útero como causas predisponentes de aborto por la frecuencia de las hemorra-  
gias en úteros anormalmente congestionados y en mayor excitabilidad. En tales casos administra el viburnum prunifolium en la dosis señalada que actúa como profilac-  
tico del aborto al disminuir la congestión uterina.



todavía mas raro que el dolor como único  
 heraldo del aborto es la inyección. No he  
 visto en ningun autor nada semejante  
 a lo siguientes.

### Observación 1.<sup>a</sup> (Fridita)

De mi padre

Señal de ----- 28 años, multipara, ha tenido  
 ultimamente un aborto. Es llamado mi  
 padre para asistirle en un estado febril  
 que rapidamente adquiere los caracteres  
 alarmantes de un tipo mortal. Temperaturas

altos, de cerca de  $41^{\circ}$ , diarrea, náuseas, gran dolor de cabeza, adinamia, todo unido a un pulso frecuente y pequeño y a disnea, sin que hubiere fenómenos locales de ningún aparato que justificaren tan tremenda infección, le obligaron a prescribirle entre otros antitérmicos los baños templados, al salir del primero la enferma que no había declarado ningún trastorno menstrual, experimentó sin dolores y pequeña hemorragia, del tamaño de una ciruela. Inmediatamente después cesaron todos los trastornos,

26

y a los tres ó cuatro días la enferma estaba en plena convalecencia, que fué tan rápida como completo el restablecimiento.

No puede ser admitido que se trata de un aborto en una infección como sucede con frecuencia en el transcurso de enfermedades febriles agudas tales son la neumonía, la fiebre tifoidea, etc. etc. sino de una infección producida por un nuevo descomulgamento por que a la expulsión de este sigue inmediatamente la curación de la enfermedad como llegó a ser el nuevo caso de tal

infección? Que camino siguieron en este caso los gérmenes patógenos para implantarse en el huevo? Salvaron los gérmenes patógenos el conducto cervical y penetraron en la cavidad del útero todavía no completamente cerrado por la aplicación de la conducta refleja, decidua refleja a la conducta verdadera decidua vera? Estaban estos gérmenes ya en el útero cuando se verificó la fecundación y adquisición por las condiciones especiales de mayor riesgo sanguíneo, de más activa nutrición un poder patógeno

que antes no tenían? Pudo en este caso tener alguna influencia el aborto anterior que fué causa de endometritis tan ligera que pasó desapercibida para la misma enferma? Los gérmenes residían en la superficie interior de la matriz con preferencia al huevo, o se encontraban en este mas abundantes? Estaba muerto el embrión y era el huevo un medio nutritivo donde se multiplicaron los gérmenes que hallaron en el mismo donde exaltar su virulencia o murio por la infección que tenía su foco en el mismo



39  
lugar por él ocupado? Desapareció la  
infección porque fue expulsado el nuevo  
o porque esta expulsión produjo los mismos  
efectos de un legrado limpiando la superficie  
interior de la matriz de una mucosa llena  
de gérmenes?

Preguntas son estas a las cuales no puede  
contestar seriamente el médico, que debe re-  
cordar la posibilidad de carcerismo el promue-  
te para no descuidar la investigación del  
aparato genital en infecciones agudas cuya  
causa no aparezca evidente.

## 2<sup>a</sup> parte.

### Tratamiento del aborto durante su evolución.

En el aborto durante su evolución, lo mejor es dejar que la naturaleza lleve a término su trabajo no alterándole con maniobras intervencivas. La experiencia de todos los médicos en todos los tiempos prueba la más sabia conducta del médico en los casos en que el aborto se presenta sin ninguna complicación es la expectación que debe prolongarse mientras

algún fenómeno internamente no haga necesaria la intervención del tocólogo. Las siguientes notas clínicas confirman mi arrete.

Observación 8<sup>a</sup> (Anédota)

Del Dr. Gutiérrez.

La S<sup>ta</sup>. de C. .... tuvo la última menstruación en el mes de Julio, en Septiembre fue al balneario de Salies de Bearn, al entrar en el baño (á 24°) sintió dolores en el hipogastrio y alguna hemorragia, esta se cobijó con el reposo y los dolores cesaron al mismo tiempo que desapareció el flujo de sangre. De nuevo en Madrid fue reconocida por el Dr. Gutiérrez

quien diagnosticó un embarazo de tres meses. En Diciembre repitió la observación y encontró el útero en el mismo estado en que se hallaba en el mes de Octubre por lo cual anunció a la familia que el embarazo se había interrumpido. Decidió esperar hasta que se presentase algún trastorno que le obligase a intervenir. La S<sup>ta</sup>. siguió sin alteración hasta el mes de Enero en que tuvo ligera metrorragia que cesó con el reposo y el *viburnum prunifolium*. Recogidas de tintura alcohólica al 5.º cada 4 horas. Continuó sin ninguna novedad su vida ordinaria hasta principios del mes de Enero en que vol-

47

vis' a presentarse la hemorragia acompañada  
de dolores. Tratamiento, quietud, viburnum  
prunifolium (en la dosis señalada) y enemas de  
laudano (10 gotas de laudano de Sydenham cada  
tres horas hasta poner tres enemas). El 9 de Fe-  
brero hay nueva hemorragia y dolores y en  
el siguiente día expulsa un feto de tres meses.  
Como la hemorragia continuaba siendo de  
alguna consideración intervinieron = previas todas  
las condiciones de asepsia = el día 7 aumento  
digitalmente la dilatación del cuello e  
introdujo las pinzas de falso gemelo con  
con las cuales retrajo la placenta, hizo un  
legrado superficial de toda la cavidad del

44

útero, al cual siguió una irrigación intrauterina, y por último relleno la cavidad con gaza.

Es de notar en este caso que la placenta o tejido placentario ofrecía una consistencia muy dura, estaba como hipertrofiado y su inserción la tenía en la cara anterior de la matriz.

### Observación 9.<sup>a</sup> (Trisita)

Del Dr. D. José García del Mar

Sta. ... de 24 años nulipara, tiene hemorragias y dolores abdominales en el transcurso de 2<sup>os</sup> mes de su primer embarazo, por lo cual se sospecha por temido un aborto aunque

no se han encontrado restos ovulares. Algunos días después de que las molestias han cesado, se entrega de nuevo a sus habituales ocupaciones, mes y medio después, expulsa en la época que debía tener el periodo un huevo de poco mas de un mes. Desde que tuvo las primeras pérdidas de sangre que hicieron creer se trataba de un aborto hasta el momento en que expulso el huevo, = ya más tarde = no tuvo nada de hemorragia ni dolor.

Observación 10 (Incidencia)  
Del Dr. Cospedal

Si ... en el tercer mes de embarazo

comenzó con hemorragias y síntomas de aborto que se corrigieron con el reposo, pero la impaciencia de la enferma se hace abandonar la quietud, reanuda su vida ordinaria y a las seis meses de sentirse embarazada dio a luz un feto muerto de tres meses sin señales de putrefacción.

### Observación 11.<sup>a</sup> (Inédita)

Del Dr. Franganiello

Carmen ..... de 33 años, multipara, bien constituida, (esposa de un médico) se hace embarazada, la gestación sigue su curso natural hasta



Al segundo mes en que se presentan algunos dolores y hemorragia que cesan con el reposo, este solo tratamiento basta para cubrir las ligeras pérdidas de sangre que de nuevo entonces vuelven a presentarse. Siete meses después de la primera hemorragia tiene una metrorragia alarmante y grandes dolores que obligan al observador a reconocer la matriz. Del orificio del hocico se resaca salía un hueso completo que al ser desprendido ejerciendo sobre él ligeras tracciones con el dedo flexionado. El embrión que con

tenía este huevo parecía ser de dos meses y estaba algo macerado. Desprendido el huevo se hizo a la enferma una irrigación vaginal ligeramente antitéptica y se le administró una poción de ergotina. Rápido restablecimiento.

Observación 12.<sup>a</sup> (Inédita.)

Del Dr. Fernández Chacón.

Caso de aborto intermitente.

Mujer en el tercer mes de un embarazo tiene dolores y alguna hemorragia. El cuello uterino está permeable, el dedo llega hasta las membranas que envuelven al feto y siente

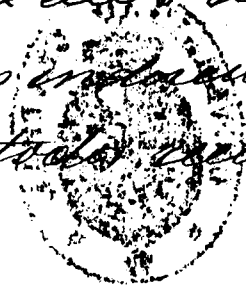
de vez en cuando aumentar su tensión amenazando romperse. Después de algunas horas en este estado, todo vuelve a la normalidad, el orificio inferior del cuello antes permeable ya no cubre el paso del índice. Dos o tres días después vuelve a presentarse la amenaza de aborto, el cuello se hace de nuevo permeable, las membranas amenazan como antes rasgarse y... después de otras 2 ó 3 horas desaparecen otra vez estos fenómenos que ~~totalmente~~ se repiten en dos distintas ocasiones durante otros días. La mujer acabó por abortar a los diez

des de iniciada la primera expulsión sin que tuviera después el más ligero trastorno.

Hemos visto que puede el aborto ser interrumpido antes de la expulsión del feto sin que se sigan daños para la madre. Mientras no estén rotas las membranas ovulares son raras las infecciones pues las mismas membranas aplicadas contra el orificio superior del cuello suelen ser un óbáculo para la penetración de gérmenes desde el exterior. La dificultad de apreciar si las membranas están rotas es mayor de lo que a primera vista pudiera creerse; como el cuello no está permeable

(1) Remuéndose sin embargo la historia n.º 7.

en muchas ocasiones y el líquido amniótico existe en pequeña cantidad, pueden las membranas fetales continuar íntegras o haberse rasgado sin que el médico tenga de ello noción exacta y toda intervención hecha en tales circunstancias sería temeraria, por esto es mejor aguardar. La impaciencia de la familia y la falta de energía en el médico para resistir su influencia pueden ser causa de trastornos como el relatado en la siguiente observación que debo a un ginecólogo cuya autoridad es incontestable y cuyo merecido prestigio todos reconocen.



### Observación 13 (Inévita)

Se trata de una Señ. que en el final del tercer mes de su embarazo se vió acometida de dolores y hemorragia que no cesaron por los medios ordinarios que se emplean para suspender la presentación del aborto. Después de algunos dolores y salida de pequeña cantidad de líquido amniótico y cuando la dilatación del cuello se hacía regularmente, asomó por el orificio del hocico de teneo un pie (con todos los dedos pequeños se presentan de nalgas). La impaciencia de todos y un poquito de confianza en las propias

indujeron al ginecólogo que no podía disponer en aquel caso de instrumental adecuado, a' activar el aborto ejerciendo tracciones en pie con los dos dedos, = índice y medio = de la mano derecha, pero la frialdad de los tejidos del feto era tal que el pie' quedó entre los dedos. ¿Quien dejaba el feto en aquellas condiciones y esperaba resignado los sucesos? Al primer pie' siguió el segundo, los miembros inferiores y el tronco en distintos pedacitos. Los miembros superiores, la cabeza y por último los brazos, todo fue' saliendo arrancado por el parto con la

54  
concomitante molertia para la enferma y la  
indecible desesperación del médico que se vió  
arrastrado á tal tormento; De 8 horas! por no  
esperar con calma algunos minutos. La  
enferma curó sin ninguna complicación.

El reposo más absoluto sigue siendo in-  
dispensable. Las irrigaciones vaginales de 45°  
ó 50° son excelentes porque activan las contrac-  
ciones uterinas y facilitan la iniciada ex-  
pulsión.

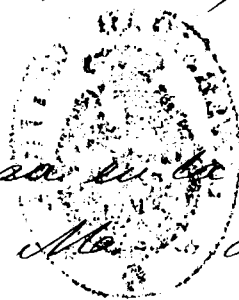
La hemorragia puede presentarse con  
un cuello no permeable y entonces lo mejor



es hacer un taponamiento que puede detener el aborto como en el caso señalado en la Observación o apremiar su marcha evitando las contracciones uterinas, y el médico al quitar el taponamiento ve entre las últimas tiras de gasa el huevo que puede también quedar aplicado contra el orificio exterior del Cuello.

Observación 14 (Inédita)  
 Propia

El día --- de Abril, ingresa en la clínica de Maternidad de San Carlos M. de 26



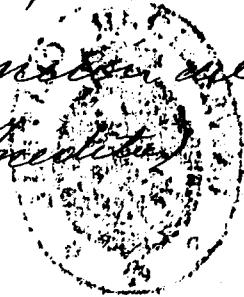
años, soltera multipara embarazada desde hace dos meses tiene dolores hipogástricos y metrorragia desde hace tres días. El orificio externo del útero permite el paso de la tercera falange del índice con alguna dificultad, pero el cuello es tan difícilmente permeable que suspendo la exploración para no provocar contracciones uterinas. Hago una irrigación vaginal con agua templada, y después un taponamiento con gaza yodofórmica. Dispongo reposo y enemas de lavadura. Al retirar en la mañana siguiente la gaza del

taponamiento sale entre coágulos un hueso roto de un tamaño que pudiera ser de una uña pequeña. La mujer recibió el alta ocho días después.

Cuando la hemorragia continúa siendo alarmante, a pesar de las irrigaciones calientes y del taponamiento y el conducto cervical es francamente permeable, solo entonces queda justificada la intervención de mórbo

Observación 15 (Fiebre)

Del Dr. Botella



Alcance al mes y medio de embarazo en

pulsa incompletamente un huevo entero que queda detenido en el orificio exterior, después de una hemorragia que produjo síncope. Hace extracción digital del huevo, da irrigaciones vaginales calientes y cesa todo tratamiento.

### Observación 16 (Inédita)

Del Dr. Botella

Magdalena --- casada, embarazo n.º 12, llama al médico por una hemorragia con dolores intensos en la región lumbar y en el bajo vientre. Reconocida por el Dr. Botella, este encuentra el cuello abierto dejando penetrar

el dedo que troperaba con una masa que tendia a salir por el orificio externo, extracción digital de un doble huevo, de grado digital e irrigación intra-uterina. Curación.

Al Dr. Corporal partidario también de contracción digital del producto de la concepción en estos casos, debo la siguiente observación que prueba la eficacia del taponamiento y su superioridad sobre otros métodos que pudieran ser administrados para favorecer la expulsión de cuerpos extraños existentes en la cavidad del útero.

Observación 10 (Anédota)  
Del Dr. Cospedal

Señ. — diez meses después de un parto tuvo una falta menstrual, en el segundo mes se presentaron dolores lumbares e hipogástricos y algo de flujo sanguinolento. Como se cree embarazada se la ordena reposo e irrigaciones vaginales calientes, se acentúa la hemorragia y azoma algo por el orificio exterior del útero, entonces toma ergotina que produce calma (no aumento), en los dolores, pasado días se suspende la ergotina y vuelven a

prevenir los fenómenos de expulsión, entre ellos la hemorragia que hace necesario un taponamiento vaginal sin que se prescribiera entonces la ergotina. Al retirar el taponamiento en la mañana del siguiente día, sale un falso polipo de matriz, que según el análisis histológico debió ser un resto de placenta o de embarazo anterior.

En este caso el taponamiento provocó o activó las contracciones uterinas regulares, mientras que la ergotina solo produjo como produce siempre, un estado tetánico que sujetó al polipo en vez de expulsarlo.

Si la indicación de extraer el fúeso es urgente, haremos una cuidadosa desinfección del conducto genital de la enferma con jabón y de la vulva e irrigaciones vaginales repetidas, nos desinfectaremos las manos con el mayor esmero y previamente esterilizado cuanto instrumental podamos necesitar procederemos a la operación. Ampliaremos la dilatación del cuello, primero con tijas de Hegar y después con los dedos, ó simplemente con estos se pueden entrar a lo largo del cuello de la matriz. Derechamos los tallos de Laminaria, de Arpelo, y las esponjas



dilatadoras, porque su acción es muy lenta. Introduciremos uno o dos dedos con los cuales completaremos el desprendimiento del huevo si este no se hubiere realizado ya, y por último introduciremos las pinzas de falcor gemenas, con las cuales lo extraeremos. Después de una irrigación intra-uterina hecha con la sonda de Dalleris o de Hoyer taponaremos la vagina, pudiendo dar entonces la ergotina. Solo cuando tenemos la seguridad de que en la matriz no queda nada. El taponamiento vaginal se renueva al día siguiente y se

hacer lavados vaginales los dos ó tres primeros días si la elevación de la temperatura no reclama otra cosa.

Si no pudiéremos extraer completo el hueso con las pinzas de falsos gérmenes ó con el llamado legrado digital por Pinard, apelaremos al legrado con la cucharita roma de Jarnier, modelo grande, haremos si hubo infección un togue de toda la superficie interior del útero con una mezcla á partes iguales de creosota, glicerina y alcohol y después de una abundantísima irrigación con agua hervida ó con agua en las mismas condiciones que tenga en evolución

sublimado corrosivo en la proporción de uno por cuatro ó seis mil, terminaremos según antes hemos dicho.

### Tercera parte.

Tratamiento de la retención de los anejos del feto y de las complicaciones que puede originar esta retención

Bandelocque afirmaba que los esfuerzos repetidos que hace la matriz para expulsar el niño son ordinariamente los que destruyen las adherencias de la placenta y de las membranas

del feto, pero observaciones posteriores han demostrado que la placenta es susceptible de acomodarse sin separarse en ningún punto durante el trabajo del parto al va y ven de su zona de inserción y la retracción que sigue a la evacuación de las aguas. Según Barrier las contracciones uterinas durante el trabajo preparan en cierto grado (todavía no muy bienpreciado) la separación de las membranas y la placenta pero afortunadamente no son la causa eficiente de esta separación. Las hemorragias a menudo mortales que acompañan a esta separación cuando tiene lugar en el trabajo no ocurren

nuestra afirmación. Pero las contracciones últimas que acompañan y la retracción enorme que sigue inmediatamente a la expulsión del feto no son la causa determinante de esta separación. Antiguamente así se creía y como una masa de greda a una placa de cauchú extendida se separa cuando se deja a la placa adquirir sus dimensiones normales, suponían ocurría lo mismo con la placenta.

Ahefeld hacía intervenir una hemorragia - placentaria que se verificaría en el momento de salir el polo caudal del feto de la

cavidad interna. Esta hemorragia por extensión  
 excéntrica separaría la placenta de la pared  
 uterina.

Siempre fué el primero que negó esta hemor-  
 ragia e hizo intervenir los dolores que siguen  
 al parto para efectuar esta separación, pero  
 solo después de los trabajos de Schröder, ~~Barbour~~  
 Barbour, Pinard y Varnier, (los de estos dos  
 últimos autores han sido hechos en úteros de  
 mujeres muertas después del parto y antes  
 del alumbramiento) puede considerarse re-  
 suelta la cuestión.

Las fotografías de piezas anatómicas in-  
 cluidas en la obra de Varnier *Obstétrique*

69  
journalière ponen de manifiesto que la separación  
de la retracción imperfecta, muy diferente, al  
nivel de la zona de inserción de la placenta  
a las que hay después de las contracciones  
partum, es preparante pero no eficiente, dis-  
loca la adherencia, pero no la rompe. La  
firmesa de la inserción es tan grande todavía  
que si en este momento se tira del cordón  
umbilical la pared uterina sigue a la inser-  
ción que se produce en la placenta.

Si la separación septoria no se ha efec-  
tuado por efecto de esta retracción, pronto es  
reconocer que ha sido notablemente preparada,

el deslizamiento de la capa muscular debajo de la placenta efecto de esta retracción distiende la capa profunda de la serotina y soluciones de continuidad a cuyo nivel es imposible reconocer los espacios glandulares de los primeros meses, y para que la separación entre la placenta y la capa muscular sea un hecho bastan las contracciones de esta capa. En las membranas extra-placentarias la separación hace también por espacios formados en el interior de la caduca verdadera, no al nivel de los espacios planetarios que quedan en un



mayor parte adherentes a' la capa muscular, la separación se verifica aquí como en la placenta a' profundidades diversas de la caduca verdadera y de la caduca serotina respectivamente.

Las modificaciones de la capa muscular ~~sub-~~acentes producidas por la retracción son también muy características. La pared aumenta en espesor lo que disminuye en superficie, y las fibras musculares que antes formaban láminas paralelas a' la superficie membranosa al apretarse mas contra otras en distintas direcciones pierden su paralelismo que solo conservan

en las proximidades de la serosa.

La zona muscular donde se encuentra inserta la placenta no puede retraerse tanto como recto porque lo impiden sus adherencias y tiene menor espesor que el recto del útero. De aquí resulta la placenta como encerrada en un espacio contenido en la cavidad del cuerpo separada del segmento inferior y del cuello deprimidos. A este experimento es a lo que Schröder ha dado el nombre de *ensacamiento de contracción*.

Parado cierto tiempo de retracción después

de la expulsión del feto se presentan nuevos dolores uterinos producidos por las contracciones del útero retraído y la mano introducida en el útero siente que durante la contracción la placenta se pliega, abandona su superficie de implantación y por último cae invertida con la cara fetal hacia abajo en el anillo de contracción, la cara uterina forma una especie de copa en la cual hay cierta cantidad de sangre. Las siguientes contracciones del fondo del órgano y de todo el libre ya de obstáculo la empujan debajo del anillo de contracción al segmento inferior y al cuello, que blandos,

flojos y paralizados se dejan distender y sale la placenta que va desinsertando tras si las membranas. La sangre sale contenido en la copa retro-placentaria y en poca cantidad.

De todo lo anterior podemos deducir las causas de la frecuente retención de los anejos ovulares en los abortos de los primeros tiempos, exceptuado el primero y parte del mes, en que por salir ordinariamente el huevo completo no hay lugar a esta retención.

Las vellosidades que desde el ~~canal~~ se introducen en la caduca serotina no tienen

con este laros tan interiores, no la penetran tanto como en los últimos tiempos de la gestación y esto si por un lado puede dar mayor facilidad de desprendimiento puede también ser causa de que no sufran las superficies en contacto las consecuencias de los cambios de extensión que la retracción y contracciones del útero determinan. Retracción y contracciones menores porque la menor diferencia entre el tamaño del útero en la gestación y que adquiere después de expulsado el feto no es tan grande como en el parto a término y contracciones también menores porque el útero no ha llegado al

Desarrollo muscular que tiene en el momento del parto a término.

La placenta a su vez no está definitivamente formada. Hay entre sus diversos elementos menor cohesión. En los primeros tiempos las callosidades del conon que introducidas en la caduca serotina formarán la placenta getal, están en su mayor parte formadas de una sustancia fundamental que representa los  $\frac{6}{7}$  de su espesor de un tejido conjuntivo embrionario que contiene células redondas fusiformes diseminadas en una sustancia intermedia mucosa análoga a la

gelatina Wharton al cordón umbilical. Después aparecen arteriales y venosas en las vellosidades y arterias y venas en la placenta y con ellas el cortejo de tejido conjuntivo más diferenciado con sus fibras elásticas, tanto más resistente cuanto más edad tiene la placenta, por esto en el parto a término son raras las rasgaduras placentarias y son tan frecuentes en el aborto.

El cuello de la matriz que en el parto a término se borra por completo para dejar paso al feto, solo se hace permeable en el aborto y muchas veces inmediatamente

después de expulsado el feto vuelve sobre sí, se  
 contrae y encierra a' los anejos del feto en la  
 cavidad del útero, o' en la cavidad del útero  
 y el mismo cuello, necesitando contracciones  
 mucho más fuertes para vencer el obstáculo  
 que opone con su contracción el conducto cervical  
 y como la masa muscular es menor se deter-  
 minan contracciones, estados hiperistéricos de la  
 matriz que lucha una y otra vez hasta que  
 consigue eliminar el cuerpo extraño.





## Observación 18

79

Del Dr. Fernandez Chacón.

Sra. .... de 28 años tuvo un aborto de tres meses y siguió con hemorragias y dolores durante otros tres meses hasta que expulsó con grandes dolores una placenta esclerosada semejando en su forma, color y dureza una cartaña pi-  
longa.

Nunca recomendamos bastante la conser-  
vación de la sangre arrojada por la mujer,  
líquida o en coágulos que examinemos en  
el sitio en que haya sido recogida, palanganas,

basinillas, etc, ó ya los paños y ropas manchadas. En estos objetos encontraremos muchas veces los anejos del feto que pararian inadvertidos para las familias, que los arrojarían como coágulos. Para buscarlos mejor es preciso reconocer dentro del agua la sangre sospechosa, en ella veremos con gran claridad las velloidades corionales cuando excitán.

Esta comprobación nos dispensa de hacer á la enferma reconocimientos que pueden ser peligrosos, que no siempre bastarían para convencernos de la presencia ó ausencia dentro del

81  
útero de la placenta y las membranas. Efectivamente, puede la placenta estar tan adherida a la superficie interior de la matriz que el dedo no se da cuenta de su existencia, otras veces por el contrario, el lugar donde se encontró inserta la placenta es prominente con relación al resto de superficie intra-uterina, y el médico es víctima (y también la enferma) del error que lleva tal disposición.

M. A. Brindeau ha dado recientemente de dos casos que confirman cuanto dijo en el Boletín de la Sociedad de Obstetricia

82

de Paris, correspondiente a' la sesión del 16 de Enero de 1902, aparece el siguiente trabajo del Dr Brindeau. Acabo de observar en la misma semana, en el Hospital de San Luis, dos casos en los cuales el diagnóstico de retención placentaria era sumamente difícil.

### Observación 19.

Del Dr Brindeau

Se trata de una joven multipara, embarazada de unos cuatro meses que se presentó en el Hospital llevando un feto que acababa de expulsar. El estado general era excelente, no había elevación de

temperatura, fetidez, ni hemorragia. Los dolores habían cesado por completo y la comadrona que la auxiliaba advertía que el alumbramiento no se había realizado. La mujer fue acortada y vigilada atentamente. Durante 48 horas todo permaneció normal, el flujo sanguíneo era insignificante y los dolores nulos. Entonces practiqué el tacto vaginal y vi que el cuello tenía tendencia a cerrarse sobre todo al nivel del orificio interno. Entonces decidí intervenir. Anestesiada la enferma, pude penetrar fácilmente en el útero y quedé asombrado al no encontrar la placenta. En efecto, el dedo circulaba en una

cavidad lisa, regular, sin encontrar ninguna elevación. Examinando con mas atención, la pulpa del índice reconoció algunas flemoidades que parecían varos umbilicales, además la superficie era lisa y resbaladiza como cuando se toca la bolsa de las aguas. Entonces llevé el dedo hacia abajo muy cerca del orificio interior y sentí un rebordo delgado bajo el cual pude pasar; entonces noté que despegaba la placenta al mismo tiempo que salía afuera algo de sangre. La separación de la placenta se hizo sin ninguna dificultad y pude extraer el órgano haciendo expresión abdomino-vaginal.

En este caso particular la placenta había<sup>85</sup>  
permanecido adherida al útero que se había  
retraído permaneciendo su cavidad tapizada  
por la placenta. El cordón había sido roto en  
su inserción placentaria.

### Observación 2ª

Del Dr Brindeau

Mujer en cinta de tres meses y medio próximamente que expulsa en su casa el embrión.  
La comadrona que la asiste espera 26 horas  
la salida de la placenta y viendo que no salía  
nada la envió al hospital. En el momento

de entrar no había dolores, la temperatura era normal pero de la vagina salía un líquido muy fétido. Decidí intervenir inmediatamente. La mujer fue anestesiada y me plegué al interno viérese la extracción de la placenta, introdujo dos dedos en el útero, hizo una exploración bastante larga y me dijo que la cavidad uterina no contenía nada. Le supliqué repitiera la exploración y después de nuevo examen me dio la misma respuesta. Partiqué entonces el tacto y encontré una cavidad uterina absolutamente vacía. El útero era



pequeño, muy retraído, pero el dedo se movía en él con facilidad. Algo sorprendido intenté de nuevo, teniendo cuidado de explorar los ángulos, cuando al cabo de algunos minutos encontré una prolongación situada a la izquierda y delante, en la cual penetraba el dedo. Lleve más allá el dedo y encontré una depresión que contenía la placenta completamente adherente. Esta parte del útero era muy delgada y blanda, tanto que con el tacto y la palpación combinadas apenas se notaba la cavidad. Fácilmente separé la placenta y pude verme

cuenta de que el útero, una vez vaciado era absolutamente regular y no tenía la menor señal de hipótesis. En este caso se trataba solo de una del sitio donde la placenta tenía su inserción.

Conseja luego hacer el diagnóstico de retención placentaria y añade que el raspado es insuficiente que la cucharilla instrumento ciego no encuentra la placenta. Solo un tacto metódico después de curatela la enferma puede hacer el diagnóstico.

La presencia de membranas, colgando del cuello uterino, pueden aclarar el diagnóstico, como también la irregularidad en la elevación

89

del sitio donde la placenta estuvo inserta. Las contracciones uterinas van disminuyendo a medida que para el tiempo desde que el feto es expulsado y el cuello blando y dilatado al principio se hace menos permeable cada vez, todo esto nos indica que la expulsión de los restos del feto se hará tanto más fácilmente cuanto más pronto actuemos después de la salida del embrión o feto. Los medios mejores para ayudar esta expulsión, serán los que entretengan las contracciones o en su defecto las suplan, y estos medios son. Las irrigaciones, utilísimas por su poder antiséptico (no por su acción

90

desinfectante del líquido que es muy poca y  
suelta, como nos prueba la dificultad constan-  
temente sentida de realizar una sencilla  
asepsia de las manos, sino por el arriastre de  
fenómenos que producen) y porque siendo la  
temperatura del líquido elevado provocan las  
contracciones uterinas.

Observación 21  
Del Dr. Botella

Josefa --- Segundo embarazo, el primero  
a término, como es viuda es sorprendente de  
haber provocado el aborto a los tres meses  
de su embarazo. Retención de anejos, li-

91

gera hemorragia, nada de fiebre, el cuello, cuando la reconoció, no dejaba pasar el dedo, y decidí esperar dando irrigaciones vaginales con una disolución caliente de sublimado. Al 5.º día se expulsó la placenta y curó.

## Observación 22

Del Dr. Roa

H----- embarazada de cuatro meses y medio, tiene dolores y hemorragia, tratamiento espere-  
tante, posición horizontal, de la enferma i-  
caliente a 48° que se repiten cada vez que se pre-  
senta la hemorragia. Doce horas después de haber  
ingresado en la sala del Dr. Roa en la Maternidad

(a las 4 de la tarde) expulsa la mujer un feto quedando resucitada la placenta; como la hemorragia continúa, dos horas después (a las 6) hace una desortiración de la placenta con el dedo 7 prepara una irrigación abundante con 10 litros de agua hervida a  $48^{\circ}$ , durante el 8.º litro salió la placenta con los anejos como si fuera un taponazo, quedando pegada en la pared a cuatro metros de distancia de la externa. Curación.

Las irrigaciones son siempre útiles y deben ser empleadas en todos los casos de retenciones placentarias, pudiendo ahorrar en algunas inta-

90  
venciones que por circunstancias especiales pueden tener particular gravedad.

### Observación 23

Del Dr. Bartolomé de Piñeyro

Mujer operada de un cáncer en el cuello de la matriz, quedó embarazada, abortó sin que a la salida del feto siguiera la de los anejos, poradas algunas horas durante las cuales no hubo hemorragia, pero sí alguna elevación térmica. Hizo el observador irrigaciones intrauterinas con una disolución caliente antiséptica y bajo su influencia se verificó la expulsión de restos placentarios desapareciendo la infección. Un

mes despues se reprodujo el cancer.

Otro auxiliar es el taponamiento vaginal que lleva la doble indicacion de cohibir la hemorragia y provocar las contracciones uterinas

### Observación 24

Del Dr. Carrillo Cubero

N. --- con una retroflesion adherente, quedo embarazada, en el tercer mes se presenta un aborto incompleto, el ayudante del Dr. Carrillo se limita a dar una irrigacion con una disolucion debil de sublimado y hace un taponamiento vaginal anti-septico. Al dia siguiente encontro la placenta sobre la cara com-



95  
probación de lo completa que fué la expulsión.  
10 días después hizo un legrado y enderezamiento  
de la matriz y durante el primero no salió nin-  
guna porción de membrana.

Hay otros muchos procedimientos aconsejados  
para provocar la salida de los anejos ventrales,  
la electricidad es uno de los más modernos pero  
no tengo noticias de que haya sido usada en  
Madrid. Otro me ha recomendado con gran fe  
por una comadrona que dice lo ha usado en  
todos los casos en que á la expulsión del feto  
no ha seguido en corto tiempo la de la placenta,  
es la aplicación de paños mojados en agua

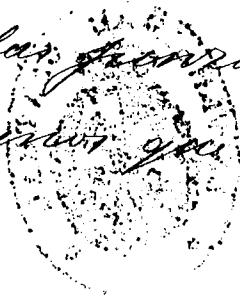
lo más caliente posible, á la parte inferior del abdomen y á la superior é interna de los muslos, gracias á tan sencillo y racional método no he tenido ninguna retención placentaria en los abortos que he asistido (unos cuarenta)

Si estos medios no dan resultado, y la hemorragia persista ó hay temores de infección emplearemos procedimientos más activos cuyo fundamento es la separación de la placenta y las membranas de la superficie interior del útero y su inmediata eliminación. La separación de los anejos del feto podemos hacerla con el llamado por Pinard legrado digital que es una decoacción

que el médico hace introduciendo el dedo en el útero. Se desinfecta cuidadosamente el conducto genital de la mujer y asepticos médicos e instrumental, se sujeta la matriz a la entrada de la vagina con dos pinzas de garfios (para aplicarlas nos valdremos de las valvas de Sims). Si el cuello no está permeable lo dilatamos con tijas de Hegar de números sucesivos, que revueltas de vaselina se hacen pasar mas allá que ismo. Cuando hay dificultad en introducir la tijas de un número, ~~volvamos~~ a deslizar la del número inmediatamente inferior y la tenemos algunos minutos moviendola algo.

Es necesario que la dilatación se haga por  
grados y con mucha suavidad completa-  
mos la dilatación con los dedos, y hacemos  
una irrigación intra-uterina con agua hervida,  
o con una disolución debilmente antisepti-  
ca, e introducimos el dedo, que desliramos  
debajo de un borde de la placenta efectuando  
su decortización. Esta debe ser tan completa  
que asegure la completa independencia  
entre la placenta y membranas y el útero.  
Libres ya los anejos en la cavidad, procede-  
mos a su extracción, que podemos hacer

con los dedos flexionados sobre la placenta que se gonfian y arrastran delante de si al salir afuera, pero este procedimiento tiene el inconveniente de que queda poco espacio para la salida de los restos detenidos, pues parte de la luz del cuello es ocupada por parte de los mismos dedos y habria que proceder al desmenuzamiento de la placenta, con lo cual se haria larga la manioobra. Para evitar este inconveniente se emplean las ~~pinzas~~ ~~de~~ falsos gemenes que ocupan menos que el dedo.



## Observación 28

### Del Dr. Gutiérrez

Sra. ----- agotada por múltiples partos  
 y por abortos, expulsa un feto de cuatro  
 meses, el médico que la asistía había hecho  
 un taponamiento vaginal y aplicando  
<sup>injec</sup>  
~~injec~~ciones de suero artificial a' pesar del  
 taponamiento la hemorragia continuaba  
 hasta el extremo de que los coágulos expul-  
 saron los tapones (de algodón) como las  
 hipertimias. Se repiten avisar al Dr. Gutiérrez  
 a' las once de la noche, este después de quitar

101

el segundo taponamiento aplicado por el  
primer médico, reconoce el cuello dilatado  
en un círculo de dos centímetros de diámetro  
pero no borrado, los anejos ocupan el conducto  
cervical, sin dilatación esteriliza el instrumen-  
tal, coloca a la enferma atravesada en la  
cama y procede a la desinfección del aparato  
genital externo y vagina, introduce un dedo  
en el cuello rechazando la placenta al inte-  
rior de la matriz, luego dos dedos con los cuales  
amplia la dilatación lo suficiente para  
poder pasar las pinzas de fallos gemelos,  
mete primero una cuchara guiándola.

por el dedo despues la otra, coge entre ambas la placenta, articula las ramas y hace la extracción por movimientos suaves, pasea la cuchara por la cavidad uterina para terminar la extracción de restos placentarios, hace un perfecto lavado y administra despues ergotina para favorecer la involucion de la matriz. Rapida curación.

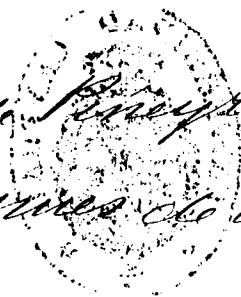
Como hemos visto en la historia precedente que puede servir de tipo para que podamos emplear con éxito las pinzas, es preciso que la placenta este libre y que la dilatacion del cuello, natural o artificial = permita con soltura su



pero pues de lo contrario nos exponemos a rasgar el tejido placentario sumamente frágil dejando en la matriz cotiledones libres o colgados. Debemos por tanto vencer nuestro impulso de tirar con las pinzas o los dedos de los rectos de anejos que aparecen por el hocico de ~~tenaa~~, la siguiente observación prueba los inconvenientes de esta manera de proceder.

### Observación (Inédita)

En la consulta del Dr. Castillo de ~~Pineyro~~ a una mujer de 34 años que después de un



aborto de cuatro meses quedó parte de la placenta  
asomando por el orificio exterior del cuello  
uterino, el médico que la asistía hizo sobre los  
restos que asomaban tracciones que produjeron  
la rasgadura de la placenta todavía no com-  
pletamente desinsertada y produjo una ras-  
gadura que ocasionó hemorragias continuas  
que anemiaron a la enferma y no cesaron más  
que con el leguaje.

Más moderno, más rápido y de seguro efecto  
según los autores franceses que lo han empleado  
es el método de Budin llamado también  
de la expresión abdominal-vaginal. Seguros de

que la placenta está completamente libre en el útero, y de que la cavidad del cuello y la del cuerpo de la matriz se encuentran en el mismo eje = si es necesario se enderera = el útero con las dos manos = colocamos los dedos índice y medio de la mano derecha en el fondo de saco posterior de la vagina (no es necesario bajar el útero artificialmente) y lo apoyamos en la cara posterior de la matriz, mientras que la mano izquierda ejerce a través de la pared abdominal anterior presión sobre la cara anterior del órgano que ha de ser vacuado. La placenta

cogida entre las dos manos es impulsada hacia el cuello y la vagina como un trozo de cera que se escapa de los dedos que la comprimen, pasa a lo largo del cuello como una carta por el brion. Inmediatamente despues de expulsada la placenta hacemos un nuevo reconocimiento intra-uterino para asegurarnos de que no queda nada en su cavidad, teniendo cuidado en evitar el error a' que puede inducir la presencia de la zona de insercion placentaria anormalmente elevada, convencidos de que

el útero está vacío, paseamos por toda su superficie un escotillon o simplemente un histerometro a cuyo extremo se ha arrollado una tira de gasa, empapada en una mezcla a partes iguales de creosota, alcohol y glicerina damos con agua hirviendo una irrigación intrauterina abundante y hacemos un tapamiento especial si tenemos hemorragias.



*Observación. Publicada por el Boletín  
de la Sociedad de Obstetricia de París, corres-  
pondiente a la sesión de 20 de Febrero de 1902.*

*Placenta retenida 68 días en el útero*

*Presentación de la pieza anatómica*

*Por M. L. Tissier*

*Tengo el honor de mostraros esa placenta  
cuyo peso es 8 grams, fresca y sin el menor olor,  
sin la menor señal de putrefacción; ligera-  
mente filumosa en algunos puntos y cuyo as-  
pecto es el de un corazón algo grueso de  
carnero.*

*La extraje ayer de un útero en el cual*

ha permanecido 68 días.

Efectivamente, la mujer secundípara que la tenía entró el 12 de Diciembre último por un aborto de tres meses que tuvo en su casa la ante vespere en una clínica de obstetricia en donde permaneció 11 días en excelente estado de salud según dice ella. Salio el 23 por su propia voluntad y volvió a sus ocupaciones de sir-  
vienta sin ninguna molestia (solo tuvo algunas pérdidas de sangre hasta la noche del 18 de Febrero en la que sobrevino tan importante hemorragia que fué necesario su transporte al Hospital.

El 19 por la mañana, la enferma sin fiebre estaba ligeramente anemiada. Su cuello uterino completamente borrado, y dilatado (dilatado) como una moneda de 2 francos, dejaba sentir una masa placentaria englobada en el segmento inferior distendido. La compresión abdominal - vaginal bastó para por completo la placenta, en la exploración que hice inmediatamente después pude llegar á través del cuello hasta su orificio interno, cerrado que solo dejaba pasar un dedo, no se percibirá ningún recto. Bre-



Ullanage, Drainage, etc.,

~~Dónde~~ se encontraba la placenta? En un cuerno ó en un divertículo de la matriz, sencillamente en el cuerpo del útero? ó en el cuello?

Hace tiempo que sabemos que las placetas pueden continuar después del aborto inalteradas en el útero un tiempo variable (según algunos hasta el parto siguiente), sin que la salud general sea sensiblemente modificada.

En muchas tesis se ha hablado de una placenta recogida por mí en la misma clínica después de haber permanecido en el útero

54 días después de un aborto y que M. Farnier comparó con un cerebello de cordero y era muy parecida a la que tenéis ante vuestros ojos.

En el asilo de convalecientes Ledru-Rollin recibo de tiempo en tiempo puerperas desde hace 10 o 12 días en buen estado procedentes de clínicas de Beneficencia pública (diversas maternidades y sobre todo de matronas agregadas) que expulsan espontáneamente corion y membranas sin ningún signo de infección.

El legrado con cucharita roma es en realidad una operación complementaria al legrado digital. Tiene sobre el dedo la cu-

chara la ventaja de ser morida con soltura  
y facilidad y la de su resitencia, el dedo  
enseguida se cura y su sensibilidad se  
embota, pero esta cualidad mientras existe  
le hace superior a todos los instrumentos,  
porque es entonces inteligente. Por eso en  
casos de retención placentaria de fecha  
reciente el dedo debe ser empleado  
mientras sirva y solo cuando el curancio  
le haya colocado en condiciones inferiores  
apelaremos a las cucharas romas o cortantes  
según los casos.

Preparada la región, sujeta el cuello de la matriz con pinzas de garfios (suponemos que para las exploraciones anteriores hemos dilatado el cuello, y por ellas conocemos la profundidad del fondo de la matriz, por lo cual) introducimos directamente la cucharilla (Zorn) hasta ese fondo que debe tocar y no chocar, allí aplicamos el borde útil del instrumento a la parte superior de una de las caras y le deslizamos sobre ella ejerciendo una presión suave y constante para no separarle en ningún punto siguiendo una línea recta desde el fondo hasta que

delega por el orificio del hocico en tenera  
para que arrastre al exterior los productos  
arrancados, se repite en el mismo sitio la  
maniobra hasta que sintamos crujir bajo  
la cuchara la masa muscular del útero.  
Esta sensación de frote sobre un cuerpo  
resistente, compacto, nos la dará la mano  
y no tenemos que esperar jamás el famoso  
crie uterino. La mano y no el oído debe  
guiarnos. Entonces tracamos en la misma  
cara otra línea paralela a la anterior, pro-  
curando que entre ambas no quede su-  
perficie sin raspar. Así seguimos hasta

haber logrado por completo una cara, hacemos lo mismo con la otra y con los dos bordes. El fondo y los dos ángulos superiores son los más difíciles de limpiar y son también los más peligrosos. Villard en su tesis del doctorado publicada en 1898 dice que el sitio donde las perforaciones uterinas producidas por el raspado son más frecuentes en la zona superior, <sup>que</sup> en la bóveda y se explica, aparte de la friabilidad del tejido uterino por el frotamiento de la cuchara en ese punto. Lejards asegura

que en dos raspados preliminares de histerectomía le ocurrió ese accidente en la pared posterior cerca de los cuernos uterinos. Los golpes dados con la cuchara perpendicularmente sobre esta región son sumamente peligrosos, por eso debemos usar la cuchara formando siempre un ángulo más o menos agudo con la superficie que raspamos. El legado del fondo se hace siguiendo líneas transversales desde un cuerno al otro. Terminaremos el raspado trazando con la cuchara una elipse que desde el fondo pase por caras y bordes y termine en el orificio

exterior, con lo cual apreciaremos perfectamente si queda algun punto por legar.

No tengo que ponderar la gravedad de la perforacion del útero en los legrados, entre los muchos casos que pudiera citar copio los siguientes que Lejardos incluye en su magnífica obra "Cirugía de urgencia".

### Observación

Publicada en la Prensa Medica por el Dr. Martin.

Una mujer llama al médico despus de un aborto. Aquel ensaya muchas veces legrado digital, despues introduce una pinza en el útero, cree coger una membrana y



arrastró a la vulva un asa de intestino. Veit  
 llamado a toda prisa llegó una hora  
 después del accidente, reduce con bastante  
 dificultad el intestino y hace la histeroec-  
 tomía vaginal. Dos horas después, la mujer  
 había muerto de peritonitis séptica.

### Observación

Citada por Tayle en un téis de Doctor.

Mujer de 28 años, había parido hacía  
 mes y tenía pérdidas continuas de sangre.  
 Legrado hecho en casa de la enferma bajo  
 el cloroforno. Al fin del legrado el operador  
 pudo introducir la cucharilla hasta el mango

7 se creyó en la cavidad uterina aumentada de tamaño. Lavado intra-uterino con sublimado al 1 por 1000, el líquido no salió pero el operador no fijó su atención en ello. Al despertar del cloroformo gh. 40' la enferma está pálida y se queja de dolores abdominales, al medio día dolores abdominales excesivos y pulso filiforme. A las 2 de la tarde pérdida del conocimiento. A las tres había muerto seis horas después de la inyección intra-peritoneal de sublimado.

La perforación generalmente se anuncia por una brusca sensación de resistencia ven-

cida y por la penetración de la cucullilla. Hay que detenerse inmediatamente, acabar muy pronto la limpieza externa abstenerse de toda inyección y taponar el útero.

Después del legrado hacemos un escobillaje que completa el desprendimiento de restos placentarios adheridos a la matriz y su ulterior eliminación. Hacemos un vaginal que puede dejarse 3 ó 4 días si la temperatura de la mujer no se eleva, porque en cuanto esto ocurra es preciso quitarlo para hacer nuevas irrigaciones intra-uterinas y acaso un nuevo raspado.

No tengo conocimiento de que se haya hecho en España ninguna histerectomía perit-abertum.

Improbable sería mi tarea si quisiera enumerar cuantas historias como de hemorragias en trencidas por la presencia en el interior de la matriz de restos placentarios, hemorragias que han desaparecido al eliminarse dichos restos, con las irrigaciones intra-uterinas, con toques de la superficie de la matriz hechos con sustancias causticas ó con el legrado, que tiene en semejantes casos una de sus más preciosas indicaciones.

Los Doctores Amorena, Botella, Barrillo Cu-

boro, Castillo de Piñeyro, Cospedal, Fernandez  
Chacón, Gutiérrez, Isla, han puesto a mi dispo-  
sición, cuantos elementos de juicio pudiera  
desear para adquirir sobre tan importante  
asunto un criterio definido. De los datos que  
tan distinguidos maestros me han proporcio-  
nado de las enfermas que he estudiado en la  
clínica de Ginecología del Hospital de San Carlos,  
a cargo de mi maestro Dr. Chacón) y en el con-  
sultorio del Dr. Castillo de Piñeyro, creo poder  
deducir que en las retenciones placentarias por  
aborto según ya he dicho antes las dificultades  
para la expulsión aumentan a medida que

el tiempo para, y que el legrado se hace cada vez más necesario para romper adherencias y extirpar cotiledones implantados como falsos placentas, pero rehúso por creerlo innecesario el raspado sistemático hecho sobre todo en los casos de retención relativamente reciente cuando después de expulsados los anejos fetales no haya nada que lo reclame. Comprendo perfectamente que en París, donde es tan frecuente el aborto criminal por maniobras intra-uterinas, el médico al cuidar el aborto debe prevenir la infección tan frecuente en

tales casos, pero en España y particularmente en Madrid donde he estudiado este asunto el aborto provocado es frecuentemente producto mixto de sustancias farmacológicas y de la sugestión, por lo tanto el médico no tiene que buscar gérmenes depositados imprudentemente en el útero. En resumen en casos de aborto, si pasado un tiempo prudencial de media hora a dos horas no sigue a la expulsión del feto la de la placenta, daremos irrigaciones en casa yaremos de Busdin, taparemos la vagina y si después de aplicados estos medios no aparecen los anejos ovulares nos decidiremos

a intervenir haciendo el raspado de la matriz.  
 En los casos en que no tengamos la seguridad  
 de que la placenta está en el útero debemos espe-  
 rar a que la persistencia de la hemorragia o la  
 elevación de la temperatura haga precisa nues-  
 tra intervención. Puede la placenta salir durante  
 una camara y pasar inadvertida, o pueden  
 existir disposiciones del útero que hagan creer  
 en la existencia, dentro del útero, de los anejos  
 del feto.

Observación.  
 Del Dr. Gaspard.

Sra. ... ha tenido dolores, hemorragias, etc.  
 y ha expulsado un feto de poco tiempo,



no sabe si el aborto ha sido completo. El Dr. Cospedal hace un reconocimiento y encuentra un cuello algo mayor que de ordinario con el orificio entre abierto y permeable, introduce el dedo y aprecia en el cuello una superficie redondeada que ascendía y descendía. Como no hay fenómenos que reclamen su intervención se abtiene y poco a poco, por grados, nota que desaparece esta disposición particular del cuello.

La hemorragia puede ser tal que reclame todos los cuidados del médico. A la inmovilidad ya tantas veces aconsejada, añádese

la posición de la enferma con la cabeza más baja que el resto del cuerpo. A falta de camos adecuados obtendremos este resultado colocando debajo del primer colchon, en el lugar correspondiente a la parte inferior del tronco, libros, almohadadas, etc. y si queremos dar una inclinación mayor comparable a la de la posición de Brendelembur, en el mismo sitio pondremos una silla ordinaria con las patas en el aire de tal manera que resulte apoyada en el plano de la cama por el borde anterior del asiento y el superior del respaldillo. La mujer colocada en el respaldillo

de la silla tiene la cabeza mucho más baja que el resto del cuerpo. Además es preciso llevar a la cabeza la sangre repartida en los vasos de los miembros para lo cual se enrollarán en ellos vendas apretadas que repulsen la sangre marchando desde los extremos a la raíz. Se harán tomar bebidas alcohólicas a cucharadas pero repetidas con frecuencia. La enferma no debe levantar la cabeza para evitar un shock que pudiera ser mortal. Se hacen inyecciones de cafeína y sobre todo de suero artificial

5 gramos de cloruro sódico 8 gramos de fos-  
fato sódico disueltos en 1000 gramos de  
agua esterilizada y recientemente hervida.  
Para introducir el líquido nos valdremos  
de la jeringa Roux o de una aguja de Potain.  
Disuélvelo adaptada a un aparato cualquiera  
de inyección cuidadosamente limpio y  
esterilizado, o del aparato recomendado por  
Maygrier y Le Damany, que consiste sen-  
cillamente en un matraz, de cuyo boca  
pende un termómetro para indicar la  
temperatura del agua, un tubo de cristal

que llega hasta el fondo y es adaptado a otro tubo de goma, la primera parte es un sifón que termina en una aguja, el líquido es inyectado por la presión resultante de la diferencia de niveles entre el sitio donde está la aguja y el que ocupa el matraz. El aparato de Bea es también recomendable y las ampollas del mismo autor ya esterilizadas prestan grandes servicios en la clínica. La inyección suele ser de 20 a 50 gramos de suero y debe hacerse en la raíz de los miembros, repitiendo los pinchazos para evitar las rápidas distensiones de la

piel que además de ser dolorosas pueden producir escaras. No debe hacerse la inyección en las paredes del vientre porque el dolor que sigue a las irrigaciones dificulta la exploración de la matriz y del peritones. Si la anemia es tan grande que haga temer por la vida de la enferma, antes de que absorber el líquido inyectado en el tejido celular, haremos la inyección en una vena prefiriendo las del pliegue del codo. El principal cuidado del médico en este caso más de la asepsia será impedir la entrada del aire. En las venas podremos introducir mayores

cantidades de líquido (hasta 1500 gramos). El uso del suero ha hecho innecesaria la transfusión de sangre sobre la cual tiene indiscutibles ventajas.

A todo esto debe acompañar en casos tan agudos el taponamiento si no podemos hacer la extracción inmediata de la placenta. Pasado este acme decidiremos cual debe ser nuestra conducta. Ni aun en tales casos daremos la ergotina que cohibe la hemorragia mas que en el que dura su acción, pero que tiene el

inconveniente de crear retenciones uterinas artificiales sumamente peligrosas.

Otra complicación del aborto es la infección, causada las más de las veces por la descomposición microbiana de los restos placentarios no eliminados, como lo prueba la rápida curación de las mujeres en cuanto expulsan estos productos descompuestos.

Aparece evidente en muchísimas ocasiones el camino recorrido por los gérmenes hasta penetrar en la cavidad del útero, en otros casos este camino no es tan claro por las dificultades para adquirir un conocimiento



completo de las causas que pueden llevar los micro-organismos patógenos a la matriz. La falta de limpieza, las relaciones sexuales, las exploraciones manuales, tactos, etc. hechos en malas condiciones de asepsia, la presencia de flujo septico en la vagina que puede llegar (llegar) hasta el ~~divicio~~ de tenca, las mismas irrigaciones, pueden ser causa de infección, pues la canula sucia o ensuciada en su paso por la vulva lleva hasta la parte superior de la vagina gérmenes que en contacto con la mucosa de cuello desarrollan acciones patógenas.

La infección tiene un tratamiento específico, el raspado, pero no todos los autores están conformes con la utilidad del raspado en todos los casos de infección post-abortum y creo resumir las opiniones de la mayoría de ellos diciendo que en la infección debemos considerar varios tiempos. 1.º a que en el cual la infección empieza a manifestarse, en él es indiscutiblemente necesario el raspado que salvará gran número de enfermas. 2.º La infección ha adquirido gran intensidad, las temperaturas son altas,

Hay exalofloras intensas y todo indica gran virulencia en los gérmenes patógenos... en este caso las opiniones varían, unos aconsejan el raspado, otros, como el Dr. Cospedal rechazan esta intervención, por entender que el raspado abre nuevas bocas a los microbios y recomiendan el tratamiento médico de las infecciones con quinina, alcoholicos, baños, etc. Hasta que el aere y entonces intervienen con el raspado y por último modernamente se ha recomendado en tales casos la histerectomía de la cual no hablo porque no tengo noticias de que

138

en España haya hecho nadie semejante  
operación en tales casos y mi deseo es pre-  
sentar un trabajo con datos españoles. 3.<sup>a</sup> Ha-  
parado el período agudo de la infección,  
en tal caso, todos los autores están conformes  
con el raspado, como medio curativo.

### Observación - Inédita

Del Dr. Botella

Maria - - - prostituta, primer esrebarado,  
sospechosa de intentos de aborto criminal, a  
los dos faltas, cuando fui llamado tenía  
la enfermedad hemorragia; pequeña fiebre, no  
había olor, me dijeron que había arrojado

pedazos de carne, no puede hacer leguados.  
 Al día siguiente, fiebre alta, excofrio, nie  
 leguado y escobillaje, salieron trozos de  
 corion. Curación

### Observación

Del Dr Botella

Nb. — esposa de un médico, tuvo un  
 embarazo que concluyó a término, en  
 el 2º embarazo expulsó a los tres meses  
 un feto, cuatro días después tuvo excofrio  
 y en el 3º día la temperatura se elevó  
 a 40°. — Rasgado y pronta curación.

## Observación.

140

Del Dr. Carrillo

Pilar - - - sospechosa de haberse provocado criminalmente el fin de una gestación, tuvo un embarazo molar que abortó incompletamente a los tres meses y medio, se le presentaron hemorragias intermitentes y tal infección de membranas que fue preciso abrir los balcones inmediatamente después de terminado el reconocimiento, quedando adheridos a los dedos tan fuerte olor de putrilago, que resistió durante los

241  
Después a cuantos lavados se hizo. Práctico  
sin legrado, al cual siguieron irrigaciones  
intra-uterinas. Curación.

Observación (Inésita)  
Del Dr. Barillo

Matilde — otro embarazo molar y  
aborto a los tres meses. Hemorragias  
abundantísimas, después infección que  
llegó a 40° F. Legrado. Curación.

Observación — Inésita  
Del Dr. Roa

En la clínica de la Maternidad es admitida  
una mujer que acaba de abortar un

feto de unos tres meses y no ha expulsado los  
anejos, tiene abundantes pérdidas de sangre,  
manda hacer irrigaciones con una disolución  
debil de sublimado (al 1 por 4000) en agua.  
La temperatura de la enferma empieza a  
subir, el segundo día de estancia en la  
sala intenta un legrado digital que com-  
pleta en el día siguiente, terminando con  
una irrigación intra-uterina. La fiebre  
llega a  $41\frac{1}{4}^{\circ}$  cuatro días después de haber  
ingresado, repite el legrado que hace con  
cuchara, hace lavados antisépticos intra-  
uterinos y drenaje con gaza yodoformica.



La enferma curó curyuida.

Observación - Inédita

Del Dr. Corpedal

Señ. de H. --- multipara tuvo un aborto en Bilbao y siguió con la placenta dentro por espacio de 40 días, durante los cuales no dejó de perder sangre y su temperatura media fue de  $40^{\circ}$  llegando a  $41^{\circ}$ . Fue tratada como fiebre tifoidea hasta que dudando por los antecedentes, de la completa evolución del aborto fue consultado el Dr. Corpedal, este apreció una matriz grande, con arfisió exterior permeable, pasado este, el dedo notaba

La presión de un cuerpo extraño, pero  
 sea vaginal y lavado intra-uterino que fué  
 bastante para determinar la expulsión de  
 la placenta casi íntegra desapareciendo  
 la infección. Como la superficie intra-  
 uterina no podía encontrarse en buenas con-  
 diciones después de tal infección, pero un  
 legrado después de algunos días y la en-  
 ferma curó rápidamente.

### Observación

Del Dr. Isla

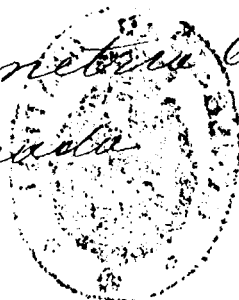
Maria S. — de 20 años, casada, natural de  
 Madrid, entró en la clínica del Dr. Isla a prin-

comienzo de Octubre de 1895, con una infección post-abortum después de haber expulsado un feto de tres meses. El histerómetro señalaba 8'5 centígrados de cavidad uterina. Se le hizo inmediatamente el legrado y curó.

### Observación

Del Dr. Izla

Doña R. -- de 47 años, casada, natural de Soledad. Ingresó en la clínica el 20 de Agosto de 1896. Padecía infección consecutiva a un aborto incompleto. Histerómetro 6 cent. Legrado. Alta a los 8 días curada.



Observación  
Del Dr. Isla

146

Juana - - - de 44 años, casada, natural de Madrid, ingresó el 4 de Diciembre de 1896, Abortó a los 2 meses y medio, infección por quedar detenida la placenta que se extrajo con el legado. Curación.

Observación

Amalia S. - - - Infección por retención de placenta en un aborto de 4 meses. El útero - metro marca 9 cent. Legado y curación.

Observación - Dr. Isla

Maria - - de 28 años, soltera de Madrid. Padece infección por retención de anexo a un

147

feto de 3 meses y medio. Histerometría 6 cent. de grado y curación.

### Observación.

Salud --- de 24 años soltera de Madrid. padeció septicemia por retención de anejos en un aborto de 3 meses, ocurrido fuera del Hospital ocho días antes de su ingreso en la clínica. Histerometría. 8 cent. Legrado y curación.

### Observación

Empero M. .... de 16 años, soltera, natural de Toledo. Ingresó con infección por retención de membranas en un aborto provocado. Extracción y legrado el mismo día de su ingreso. Curación.

Parece por lo que en la práctica se observa que los microorganismos exaltan su virulencia en contacto con los rector no repulsados de anejos virulantes que sirven de excelente medio de cultivo y no tienen los recursos de defensa que posee el organismo vivo de aquí la necesidad de llegar antes de que los microbios, cuyo poder patogénico ha aumentado, establezcan su base de operaciones en la superficie de la matriz, y la temeridad que representa administrar el coque en centros, cuando no hay la completa seguridad de que el útero está vacío, porque

contrae la matriz y crea dificultades  
para su limpieza.

149

Observación de mi condiscípulo  
Manuel Mas.

E... de 22 años, casada, multipara, asis-  
tida por su madre en los partos anteriores.  
En el 2º mes de su último embarazo tiene  
pequeñas hemorragias que cesan con el reposo,  
e irrigaciones vaginales. En el tercer mes las  
hemorragias fueron abundantísimas, la madre  
intentó un taponamiento vaginal que no  
cohibió la hemorragia por lo cual avisaron  
al médico; este dio a la enferma algunas

inyecciones de ergotina que suprimieron el flujo sanguíneo. Entonces empezó a manifestarse un ascenso en la temperatura de la enferma debido en opinión del Dr. Abbas a las malas condiciones en que el taponamiento se llevó a efecto sin guardar ninguna regla de asepsia ni antisepsia. Seis días después la enferma durante una camarse sintió un vivo dolor en el bajo vientre y expulsó un huevo que el médico juzgó incompleto. Por esto y porque la enferma tenía  $39^{\circ}$  hubo un resaca de la interior de la matriz que determinó el descenso de la fiebre a  $38^{\circ}$  en el momento que se



189

estacionada la temperatura y como los dolores  
persistían se encargó de la enferma el Dr.  
Mas quien se limitó a hacer dos irrigaciones  
intrauterinas al día, con disolución acuosa  
de sublimado al 1 por 2000, a los cinco días  
la temperatura había descendido a la normal.

Observacion de mi condiscipulo  
Castillo Ruiz

A. F. - de 24, casada, bien reglada, se hizo  
embarazada en Noviembre y en el mes de Marzo  
abortó, queda retenida la placenta en la  
cavidad uterina siendo causa de abun-  
dantísimas metrorragias. Así siguió durante

Seis días en los que el médico de cabecera la administró ergotina, a los siete días llámalo en consulta y en vista de los grandes hemorragias que amenazaban la vida de la enferma, su estado de anemia agudísima y un ligero movimiento febril.  $38^{\circ}$ . Propone la extracción de la placenta que practiqué del siguiente modo: Introduce la mano derecha en la vagina y frangue el cuello del útero primero con el dedo índice, después con el medio y por último después de grandes trabajos, con el anular. El cuello interno estaba poco permeable a consecuencia de la ergotina

administrada. Desprendi por completo la placenta y como no podia abarcarla bien para extraerla, introduje la pinza de falso gémener, con la cual conseguí sacarla fuera de la cavidad uterina. A continuación hice un raspado con la cucharilla roma de Pinard que arrastró algún cotiledón que no pude arrancar con el dedo. Hice despues una irrigación intra-uterina con la sonda de Dolleris y tapé la vagina con gasa yodoformica. La intervención la hice sin haber anestesiado a la enferma y en su transcurso sufrió un síncope del cual pudimos volverla

154

inmediatamente con la posición inclinada e  
inyecciones de cafeína. Después de la operación  
le prescribieron piladoras esparteina de Houdet  
una cada cuatro horas e irrigaciones de uero  
bea. Dos ampollas al día. Desde esta fecha  
cesaron las hemorragias, la temperatura  
osciló entre  $38^{\circ}$  y  $37^{\circ}$  el primer día, y  $37^{\circ}8$  y  
 $37^{\circ}2$  el segundo. al tercer día se le admi-  
nistró una dosis de calomelanos con la que  
descendió la temperatura a la normal. Hubo  
dos colapsos los dos primeros días, desapare-  
ciendo por completo después. El tubo diges-  
tivo se mantuvo bien salvo ligeros vómitos

que se convallaron perfectamente sometiendo a la enferma a leche y caldos con huevos, ajo de mondáris y algunos que otro terroncito de miel.

Al día siguiente a la operación se quitó el tapon de gasa, se hizo un lavado vaginal con agua herbida, y se colocó otro tapon vaginal que se quitó definitivamente el 22 día. A los ocho días como la enferma seguía reponiéndose y sin que acentuadamente turbaba la marcha de la enferma hacia una rápida convalecencia me despedí de la familia dejando la enferma al cuidado

del medio de cabecera.

Observación, inédita y propia.

En la madrugada del día 12 de Marzo del presente año, ingresó en la Sala de Maternidad del Hospital Clínico Emilio F. -- de 30 años, casada, natural de Lalamanea, ha tenido 4 abortos, 1 de 8 meses, otros de 4 y otros dos de un mes. Se hallaba en cinta de tres meses y medio cuando el día 12 del <sup>mes de</sup> Marzo. Se le presentó ligera metrorragia, para cohibirla, ordenaron a la enferma reposo y a pesar de lo cual la pérdida de sangre continuó hasta el día 18, en que la hemorragia se hizo tan alar-

miente que mientras unos avisaban a la casa de  
 Socorro, llamaban otros a un médico que vivía  
 cerca de la enferma, alguien, aconsejado por per-  
 sona extraña a la profesión, administraba a la  
 paciente regular cantidad de cornexueto de  
 centeno. Cuando llegó el médico de la casa de  
 Socorro la mujer había expulsado un feto de  
 unos tres meses y medio, pero quedaban en el  
 útero anejos que intentó sacar, no siéndole  
 posible por la gran contracción del útero, por  
 la misma razón a pesar de intentarlos en dos  
 ocasiones no pudo extraerlos el distinguido  
 médico D. José Rivero (a quien debo algunos  
 de los precedentes datos) que fue llamado

a las 9 de la tarde, cuando ya la enferma tenía una temperatura superior a la normal. El útero seguía contraído por la gran cantidad de ergotina administrada. Entonces recomendé a la familia el traslado de la enferma al Hospital Clínico. A las 10 de la noche repitió la visita y entonces el termómetro acusaba en la enferma una temperatura de  $39^{\circ} \text{C}$ . ante tan rápido ascenso de la fiebre no dudé en llevarla a San Carlos. En la mañana del siguiente día 18 desempeñaba yo el servicio de prosector de guardia y encontré a la enferma con una temperatura de  $39^{\circ} \text{C}$ . lo que me decidió a



intentar la extracción inmediata de la placenta.

Colocada la enferma en la cama de operaciones, se hizo un enjabonado de la vulva y limpieza de la vagina y después de cloroformizada la enferma y desinfectado yo cogí el útero con dos pinzas de gárfios y lo sujete a la entrada de la vagina para poder maniobrar con más soltura. Encontré el cuello permeable y deslíxé por él primero el dedo índice y después el medio, en la mano del tercio inferior con los dos superiores del cuerpo de la matriz era tan energética la contracción de las

Fibras musculares que no dejaba parar el dedo por lo cual despues de desprender con el dedo algunos cotiledones placentarios que exalaban fuerte olor a putrilago hice una irrigacion abundante de disolucion acuosa de sublimado al 1 por 1000 que anertio los treros desprendidos y luego el legrado con una cucharilla de Lier, despues di un toque a toda la superficie interior de la matriz con la disolucion de creosota en agua y glicerina, otra irrigacion antiséptica y termine dejando un drenaje cargado yodoformica que aseguro la salida del escudado aurente. termine la operacion abriendo las pinzas tira balas y haciendo un tapon

161

muerte vaginal. La temperatura cuatro horas después de la intervención había descendido á  $97^{\circ}4$ . para no ascender más en los nueve días que permaneció la enferma en la clínica. En los tres días siguientes se hicieron lavados anti-sépticos intra-uterinos seguidos de drenaje de la cavidad de la matriz y en los siguientes solo vaginales. Curación rápida.

Observación - -- propia.

Maria - - - de 26 años, casada abortó un feto de cuatro meses, la comadrona intenta extraer las secundinas y como no lo consigue para favorecer su expulsión administra

el cornexuelo de centeno cinco gramos en  
dos días, y en los otros dos siguientes de ergo-  
tina a cucharadas. No hay hemorragia pero  
sí gran infección; a los nueve días, la enferma  
que hace cinco no tiene asistencia facultativa  
en una abundantísima metrorragia arras-  
tra los anejos detenidos. Entonces se previene  
la Cornadrona que hace un taponamiento.

Como consecuencia de la expulsión de la  
placenta disminuye la fiebre pero queda  
una metritis que cura con un legrado.

No siempre basta para impedir el

Desarrollo de una infección, el simple legrado y la enferma muere a pesar de los esfuerzos del médico, este mismo curso he visto en la clínica de Maternidad del Hospital clínico el siguiente caso revelador del poder patógeno de los gérmenes que los producen.

Isabel -- de 44 años, natural de Alcedo, ingresó el 19 de Diciembre con retención placentaria de 26 horas, consecutiva a un aborto de tres meses, el mismo día de su ingreso se le hizo el legrado con curetilla y aplicaron inyecciones de suero antistreptocócico y de bex, la mujer falleció 8 días después.

de su ingreso con síntomas de metástasis<sup>184</sup>  
pulmonar.

Observación Tercera  
Del Dr. Isla

Maria — de 26 años casada nulipara,  
tuvo un aborto de 4 meses, expulsó el feto  
y quedaron retenidos los anejos que pro-  
vocaron hemorragias abundantes desde  
el tercer día; hemorragias que no cesan a  
pesar del cornexulo y de la ergotina. D  
1º día no se hace ninguna irrigación uterina  
ni vaginal. Disminuyen las metrorragias

Y se presenta fiebre accesorial que llega a  $41^{\circ}$  y  $42^{\circ}$ , entonces se disponen irrigaciones intra uterinas, al hacer la tercera aparece pus en el edificio del hocico de ternero, esto alarma al marido que lleva á su mujer al Hospital. El Dr. Isla aprecia una pirosis pingitis del lado izquierdo y peritonitis localizada. hace una laparotomía con la sincopeada extrae el pus del ligamento ancho izquierdo con el aspirador Potain y se hace un lavado del peritoneo. Dos dias después muere la enferma.

266

De cuanto he expuesto creo poder deducir las siguientes.

### Conclusiones

1.<sup>a</sup> En los casos de aborto inminente, el Médico debe prescribir reposo absoluto, laudano en enemas o morfina en inyecciones subcutáneas y *viburnum prunifolium*.

2.<sup>a</sup> Para la limpieza del conducto genital pueden hacerse irrigaciones vaginales templadas y a poca presión con agua o diluciones antisépticas acuosas debiles.

3.<sup>a</sup> Si la hemorragia es alarmante tapar munto vaginal.



4.<sup>a</sup> La administración del cornual de centeno o' de sus derivados no llena en estos casos ninguna indicación y debe ser rechazada.

5.<sup>a</sup> En los casos en que el aborto se está realizando, la conducta <sup>del</sup> médico debe ser la expectación armada, para intervenir si algún accidente lo hace necesario.

6.<sup>a</sup> Tampoco debemos emplear el cornual de centeno por la misma razón que expusimos en la conclusión 4.<sup>a</sup> y porque además su acción es perjudicial al provocar la contracción tetánica completa de la

matriz e interrumpir el aborto.

168

7.<sup>a</sup> Si a la expulsión del feto no sigue inmediatamente la de sus anejos, emplearemos las irrigaciones vaginales calientes, paños calientes en la parte inferior del abdomen y superior e interna de los muslos y esperaremos, hasta que cualquier trastorno reclame nuestra intervención.

8.<sup>a</sup> Si la hemorragia que sigue al aborto no es muy considerable el taponamiento vaginal tiene la <sup>ventaja</sup> doble de cohibirle y provocar contracciones uterinas que expulsan los anejos del feto.

169

9.<sup>a</sup> En caso de persistencia de hemorragias ensayaremos la expresión abdomino-vaginal del útero (maniobra de Budin) y si no obtuviésemos con ella el alumbramiento artificial haremos el legrado digital.

10.<sup>a</sup> En cuanto se presente la infección hay que hacer la limpieza de la matriz y de la rapidez de la intervención dependerá el resultado que obtengamos.

11.<sup>a</sup> El corneruelo de centeno administrado en los casos de retenciones placentarias es inútil y peligroso, como lo prueban las historias correspondientes.

Arrived  
H. Home Arrived.

Lein 30 de junio de 1942

Verificó en dicho año el ejercicio del grado de Doctor y obtuvo la calificación de sobresaliente

Emilian College

Edmund Burke

Capital

Elton  
 M. Peterson  
 Capital  
 H. Thompson